



www.heartfeltpediatrics.com
Solo dirección postal: **1001 SW Disk Dr.**
Suite 250
Bend, OR 97702
Teléfono: (541) 859-3550

POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir Heartfelt Pediatrics LLC para atender sus necesidades de salud pediátrica. Nuestro objetivo es prestar servicios médicos de la máxima calidad a nuestros pacientes a un costo razonable. Si tiene alguna pregunta o duda sobre nuestra política financiera, comuníquese con nosotros: (541) 859-3550 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

- Si tiene seguro, por favor esté preparado para presentar su tarjeta de seguro en cada visita. Con gusto le podemos dar una factura a la mayoría de las compañías principales y secundarias cuando nos hayan entregado toda la información necesaria. Todos los copagos y saldos vencidos deben abonarse en el momento del registro de entrada.
- Es necesario un preaviso de 48 horas para cancelar o reprogramar su cita. Se impondrá una tarifa administrativa de \$25 por no avisar de forma correcta de una cancelación o reprogramación.
- Su cobertura y paquete de prestaciones son un acuerdo entre usted y su compañía de seguros. Usted es responsable de conocer sus prestaciones y de ponerse en contacto directamente con su aseguradora si le surgen preguntas sobre las prestaciones específicas y/o las limitaciones de su plan. Estaremos dispuestos a ayudarle siempre que sea posible con relación a cuestiones generales de las prestaciones del seguro.
- Cualquier referencia que nuestros profesionales o el personal haga con respecto a cómo le puede pagar el seguro por el/los servicio(s), solo es una estimación. No podemos (y no lo hacemos) cotizar ni garantizar las prestaciones del seguro. Sin importar la cobertura del seguro, todos los servicios prestados son responsabilidad financiera del paciente o de sus padres o tutores.
- Los pacientes no asegurados recibirán una estimación de buena fe (GFE siglas en inglés) antes de su cita.
- Todos los saldos deben pagarse en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que se prestó el servicio. Si no puede pagar su saldo, póngase en contacto con nuestra oficina para establecer un acuerdo de pago para pagos mensuales regulares. Puede pagar en efectivo, con cheque personal, giro postal, tarjeta de crédito o tarjeta de débito bancaria. Los pagos pueden efectuarse en la oficina, por correo, por teléfono o a través de nuestro portal de pago en línea en www.heartfeltpediatrics.com.
- Las facturas de los servicios prestados se le entregarán al padre/madre/tutor designado como responsable económico. Suele ser el padre, la madre o el tutor el cuidador principal. En Oregon, con algunas excepciones limitadas, ambos padres tienen derecho a acceder a la información médica de sus hijos y son responsables por igual de los gastos médicos, a menos que una sentencia judicial estipule lo contrario. A excepción de lo que exige la ley, Heartfelt Pediatrics no será parte ni árbitro en las disputas financieras entre los padres.

- Cuando el saldo personal supere los 120 días y/o se incumplan los acuerdos de pago, las cuentas pueden ser asignadas a una agencia de cobros externa e informarse sobre estas a las agencias de crédito. Puede darse de baja a los pacientes cuya cuenta haya sido asignada a cobros externos.

Yo asigno directamente a Heartfelt Pediatrics LLC todos los pagos médicos y beneficios que de otro modo me corresponderían por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por el seguro, incluyendo deducibles anuales, co-pagos, o cargos denegados por mi compañía de seguros, por servicios prestados por Heartfelt Pediatrics LLC que elijo que se realicen fuera de la cobertura del seguro, o cargos denegados por mi compañía de seguros como no cubiertos o no médicamente necesarios. Soy responsable de todos los gastos en los que se incurra en caso de que mi cuenta requiera una acción de cobro (es decir, gastos de demora, honorarios de la agencia de cobros, costas judiciales o de abogados). Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros, ya sean escritas o presentadas electrónicamente. La clínica puede utilizar la información sobre mi atención médica y puede revelar esa información a cualquier compañía de seguros y a sus agentes con el fin de obtener el pago por el servicio y determinar las prestaciones del seguro o las prestaciones pagaderas por los servicios relacionados. Esta autorización seguirá siendo válida hasta que yo la revoque por escrito.

Nombre del paciente en letra de molde

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del padre/madre/tutor legal

Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor legal

Fecha de hoy